

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-040

DATE

3/28/03

TO:County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator**FROM:**Forms Management Unit
(916) 657-1907 Community Care Licensing District Offices District Attorney Private and Public Adoption Agencies Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

SOC 404 SP (8/00) In-Home Supportive Services Program Direct Deposit Enrollment/Change/Cancellation Form

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/00	REPLACES 10/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective immediately.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached are a Reproducible Copies

The Personal Information Notice on the 10/02 revision of the SOC 404 SP is being revised. Do not use the 10/02 revision of this form. Continue to use the 8/00 revision (copy attached) until further notice.

Also, due to low usage, this will now be a Master Only form. Stock will no longer be maintained in the CDSS Warehouse.

Check on the Internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov.

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

ESTADO DE CALIFORNIA

PROGRAMA DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Estimado beneficiario de IHSS:

Como una alternativa para recibir por correo su orden de pago mensual por adelantado por servicios de casa y cuidado personal, el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) está ofreciéndole la opción de que se transfieran sus pagos por adelantado electrónicamente a una institución bancaria (banco, asociación de ahorros y préstamos, o unión de crédito) de su preferencia. La ley limita los depósitos directos por medio de la transferencia electrónica de fondos (EFT) a esas instituciones bancarias. El depósito directo es opcional. Si escoge continuar recibiendo sus pagos por adelantado por correo, no necesita completar el formulario que se adjunta, ni necesita tomar ninguna acción.

¿QUE SON LOS DEPOSITOS DIRECTOS POR MEDIO DE EFT?

Con los depósitos directos por medio de EFT, su pago por adelantado es transferido electrónicamente a la institución bancaria de su preferencia. Usted no recibirá una orden de pago por correo. En lugar de ello, cada mes usted recibirá por correo un talón de depósito procedente de la oficina del contralor del estado, el cual incluirá la información sobre su depósito directo y las deducciones de impuestos. Para cuando usted reciba el talón de depósito, su dinero ya estará esperando en su cuenta. Esto le evitará un viaje al banco.

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR DEPOSITOS DIRECTOS?

Usted es elegible para recibir depósitos directos si ha sido beneficiario de IHSS por un año, ha estado recibiendo sus pagos por adelantado, y usted emplea y paga a sus proveedores de servicios.

INSTRUCCIONES PARA INSCRIBIRSE:

*** POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ***

CUANDO SE DEBE USAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA DEPOSITOS DIRECTOS, SOC 404.

Para inscribirse en el depósito directo, complete la sección titulada "CLASE DE ACCION" y las secciones de la A a la K en el formulario que se adjunta (SOC 404).

1. Para inscribirse como participante nuevo.
2. Para cambiar depósitos directos de la cuenta de cheques a la cuenta de ahorros o viceversa.
3. Para cambiar depósitos directos de una institución bancaria a otra.
4. Para cambiar el número de cuenta de depositante en una institución bancaria.
5. Para cancelar los depósitos directos.

¿CUANDO ACREDITARAN A MI CUENTA MI PRIMERA TRANSACCION PARA EL DEPOSITO DIRECTO?

Su primera transacción puede ocurrir entre 60 y 90 días después de que la oficina de bienestar público del condado reciba su petición. La fecha en que se acreditará su depósito será el primer día del mes, a menos que sea un fin de semana o día festivo; en ese caso, será el primer día de trabajo después del fin de semana o día festivo.

SI HAY PROBLEMAS CON LA INFORMACION PARA EL DEPOSITO DIRECTO, ESTO PUEDE RETRASAR SU DINERO HASTA 14 DIAS.

LAS INSTRUCCIONES CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA

INSTRUCCIONES PARA INSCRIBIRSE.

1. Para inscribirse en el depósito directo, complete la sección titulada "CLASE DE ACCION" y las secciones de la A a la K en el formulario que se adjunta (SOC 404).
2. Se tiene que completar un formulario por separado para cada clase de acción que se pida.

Ejemplo 1

FINANCIAL INSTITUTION HOMETOWN, USA	CHECK NO. 4444
PAY TO THE ORDER OF _____	
I:112145678 I: 5765432109812 4444	

No. de ruta No. de cuenta de depositante No. de cheque

Ejemplo 2

FINANCIAL INSTITUTION HOMETOWN, USA	CHECK NO. 4444
PAY TO THE ORDER OF _____	
I:112145678 I: 4444 8765432109812	

No. de ruta No. de cheque No. de cuenta de depositante

3. Por favor verifique su número de cuenta de depositante y el número de ruta con su institución bancaria.
4. Si está depositando sus fondos en su cuenta de cheques, adjunte su cheque personal anulado a la parte superior izquierda del reverso de la copia original del formulario de inscripción. Esto ayudará a verificar su número de cuenta de depositante y su número de ruta.
5. Para cuentas de ahorros - obtenga su número de ruta y de depositante de su institución bancaria.

ENVIE LA COPIA ORIGINAL DEL FORMULARIO DE INSCRIPCION COMPLETADO A LA OFICINA DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO Y QUEDESE CON UNA COPIA PARA SUS EXPEDIENTES.

PARA CAMBIAR DE INSTITUCION BANCARIA O CUENTA DE DEPOSITANTE.

Se continuará haciendo su depósito directo en su cuenta designada en su institución bancaria hasta que se notifique a la oficina de bienestar público del condado que usted desea designar otra cuenta y/o institución bancaria. Para cambiar la designación, complete y presente un formulario de inscripción nuevo junto con la nueva información.

NO CIERRE SU CUENTA VIEJA HASTA QUE SE DEPOSITE SU PRIMER PAGO EN SU CUENTA NUEVA Y/O INSTITUCION BANCARIA NUEVA QUE HAYA DESIGNADO

CANCELACION.

El convenio que representa esta autorización permanecerá en vigor hasta que usted lo cancele por medio de una notificación escrita a la oficina de bienestar público del condado. En caso de su muerte o incapacidad legal, es la responsabilidad de su albacea notificar por escrito a la oficina de bienestar público del condado. Es responsabilidad suya o de su albacea notificar a la institución bancaria que está recibiendo sus depósitos directos de que se ha cancelado la autorización. Si deja de ser elegible para recibir pagos por adelantado, se cancelará inmediatamente su depósito directo.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL DEPOSITOS DIRECTOS FORMULARIO DE INSCRIPCION/CAMBIO/CANCELACION

Para escoger, cambiar, o cancelar depósitos directos, por favor lea las instrucciones que se adjuntan y complete toda la información que se le pide.

Se tiene que completar un formulario por separado para cada clase de acción relacionada con la inscripción.

POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE USANDO UN BOLIGRAFO.

CLASE DE ACCION	
1.	<input type="checkbox"/> NUEVO
2.	<input type="checkbox"/> CAMBIO
3.	<input type="checkbox"/> CANCELACION

(PARA SER COMPLETADO POR EL BENEFICIARIO/TUTOR O CURADOR LEGAL)

A. NUMERO DEL BENEFICIARIO			
B. NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR PAGOS (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)		NO. DE TELEFONO	
		()	
DIRECCION (CALLE, RUTA, APARTADO POSTAL)		CIUDAD	CODIGO POSTAL
		ESTADO	
C. NOMBRE DEL TUTOR O CURADOR LEGAL (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)		NO. DE TELEFONO	
		()	
DIRECCION (CALLE, RUTA, APARTADO POSTAL)		CIUDAD	CODIGO POSTAL
		ESTADO	
D. NO. DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR PAGOS	E. CLASE DE CUANTA DEL DEPOSITANTE (MARQUE UNA)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		
F. NOMBRE Y DIRECCION DE LA INSTITUCION BANCARIA		G. NO. DE RUTA	
		<input type="checkbox"/>	
H. NO. DE CUENTA DEL DEPOSITANTE			
I. NOMBRE Y NUMERO DE LA SUCURSAL			
J. MARQUE LA CASILLA APROPIADA			
<input type="checkbox"/> Por este medio autorizo a la oficina de bienestar público del condado para que deposite directamente mis pagos mensuales por adelantado.			
<input type="checkbox"/> Por este medio autorizo a la oficina de bienestar público del condado para cambiar mis depósitos directos.			
<input type="checkbox"/> Por este medio cancelo mi autorización para depósitos directos.			
K. FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR PAGOS/TUTOR O CURADOR LEGAL			FECHA

Original - County

Copy - Payee